

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921 — N° 260

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR E. ROLLET

LES VOIES DE SORTIE
AU POLE POSTÉRIEUR OCULAIRE
DU MÉLANOME CHOROÏDIEN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Juillet 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRI DOLLET

INTERNE SUPPLÉANT DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Gilly-sur-Loire, le 31 Décembre 1895



LYON
LA SOURCE, G. NEVEU & C^{IE}
21, Rue Vieille-Monnaie

1921

LES VOIES DE SORTIE
AU
POLE POSTÉRIEUR OCULAIRE
DU
MÉLANOME CHOROIDIEN

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

M. HUGOUNENQ DOYED HONORAIRE.
MM. J. LÉPINE DOYEN.
ROQUE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
Cliniques chirurgicales.	TIXIER
	BERARD
	X...
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	LANNOIS
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	ROCHET.
Clinique des maladies des voies urinaires	NOYE JOSSERAND
Chirurgie infantile	CLUZET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	LATARJET
Anatomie.	POLICARD
Anatomie générale et Histologie.	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	MOURIQUAND
Pathologie et Thérapeutique générales.	PAVIOT
Anatomie pathologique.	VILLARD.
Médecine opératoire.	ARLOING (F.)
Médecine expérimentale et comparée	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène.	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Pathologie externe	MM. VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Urologie.	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Embryologie	HOVELACQUE.
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE id.
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (L.)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, Président ; VILLARD, Assesseur ;
MM. FAVRE et MURARD, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DÉDIÉ A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ROLLET

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Lyon

MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Hommage respectueux
et reconnaissant.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY

Chef de Clinique à la Faculté de Lyon

Qui m'a fourni, pour ce travail,
des documents et de
précieux conseils.

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE LYON

A MES AMIS

INTRODUCTION

Le sarcome-mélanique est, dit Lagrange, « la plus grave variété des tumeurs oculaires » ; maligne à cause de son caractère sarcomateux, « elle est maligne une fois de plus à cause de son pigment ». C'est dire qu'après une période, pas toujours longue, la tumeur, primitivement encapsulée dans les membranes de l'œil, va pousser des prolongements orbitaires, émettre des métastases à distance, et, dès lors, poursuivre une marche irrémédiable. Le secret de toute thérapeutique efficace consiste à devancer le mal et

à l'extirper quand tous ses prolongements sont encore accessibles.

On conçoit donc tout l'intérêt qu'offre l'étude de ses voies de propagation ; et il ne nous semble pas qu'elles aient été jusqu'à présent parfaitement connues.

Knapp, en 1868, à propos de la propagation à l'orbite d'un mélano-sarcome choroidien disait : « On voit par le faible développement des éléments sarcomateux dans la sclérotique que cette membrane est peu favorable aux néoplasies de ce genre, et, il est souvent difficile dans le cas de tumeur extérieure de montrer la voie de transmission ».

L'étude de cette marche envahissante ne fut pas poussée bien loin dans les années suivantes, puisqu'en 1886 De Wecker et Landolt dans leur Traité d'ophtalmologie sont obligés de constater « qu'il plane évidemment encore une certaine incertitude sur la succession des divers phénomènes qu'entraîne l'accroissement d'une tumeur mélanique de l'œil, en ce qui concerne la propagation et les arrêts entraînés par une phtisie du globe de l'œil, car ce n'est ni le siège de la tumeur ni sa nature histologique qui peuvent expliquer ces variétés dans la marche d'un même mal ». Est-on beaucoup mieux fixés de nos jours ? Sans doute les observations cliniques se sont multipliées, comme aussi les critiques ; sans doute des travaux récents comme la thèse de Kassapian en 1907 sur certaines formes de propagations antérieures des mélanoses choroidiennes, inspirée par notre Maître le Professeur Rollet, ont partiellement

résolu la question. Mais il n'en reste pas moins bien des points obscurs, notamment touchant les voies de propagation postérieures, peut-être les plus fréquemment observées dans les néoplasmes pigmentés.

Sur ces points, nous allons tâcher de jeter quelque lumière en nous appuyant sur les observations de nos devanciers, sur des considérations anatomo-physiologiques et sur trois observations inédites de malades opérés récemment à la clinique de M. le Professeur Rollet à l'Hôtel-Dieu.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

APERÇU ANATOMO-CLINIQUE SUR LE MÉLANO-SARCOME CHOROIDIEN

Notre intention n'est pas de donner une description anatomique et clinique complète du sarcome choroïdien. Beaucoup d'auteurs l'ont fait avant nous, et pour plus de détails, on pourra se reporter par exemple à la thèse de Brière (Paris, 1873), ou au traité des « Tumeurs de l'œil » de Lagrange. Nous voulons simplement rappeler les notions essentielles pour la compréhension de ce qui va suivre.

Le sarcome intra-oculaire prend naissance sur la

membrane vasculaire ; choroïde, muscle ciliaire, procès ciliaires, iris. Plus fréquent chez l'homme (Fuchs) ; et de 50 à 60 ans. on ne sait rien des causes qui président à son apparition : l'hérédité, le traumatisme (Chapelle), paraissent avoir une certaine influence.

Au point de vue de leur structure, les tumeurs du tractus uvéal sont des sarcomes mélaniques ou des leuco-sarcomes. Le leuco-sarcome, composé de cellules rondes ou fusiformes, siège surtout dans le segment antérieur de l'œil et présente une évolution plus bénigne. Le mélano-sarcome, qui nous occupe ici, est plus fréquent. Son siège est plus souvent en arrière de l'équateur, comme aussi sa propagation, sans que l'un conditionne évidemment l'autre (sur 196 cas de sarcome mélanique, Fuchs a trouvé : partie antérieure, 4 % ; équateur, 5 % ; partie postérieure, 32 %. Le siège primitif des autres restant indéterminé).

On distingue un sarcome à cellules rondes et un sarcome fuso-cellulaire. Le premier, plus fréquent, est aussi plus mou et plus vasculaire ; son développement est plus rapide et sa malignité plus grande. Fuchs a montré par des chiffres que les métastases étaient moins fréquentes dans les sarcomes fusiformes que dans les formes mixtes ou embryonnaires : 19 % pour les premiers, 29 % pour les seconds, 37 % pour les troisièmes. Leur lieu d'origine dans les couches choroïdiennes est variable, mais, dit Terrien après Lagrange : tous ces néoplasmes, quelle que soit leur forme anatomique, se développent de préférence dans la couche des gros vaisseaux.

Cliniquement, nous distinguons avec les classiques,

quatre phases successives dans l'évolution du mélanosarcome choroïdien.

Dans une première période, le néoplasme se développe sans phénomènes réactionnels bien intenses. L'attention peut être attirée soit par un décollement rétinien qui entraîne l'abolition d'une vaste partie du champ visuel, soit par un reflet spécial de la pupille qui constitue l'œil de chat amaurautique de Beer, soit par des scotomes subjectifs ou inconscients.

Secondairement, sous l'influence de causes pathogéniques au sujet desquelles on a beaucoup discuté sans s'être mis d'accord pour tous les cas, apparaît un syndrome glaucomateux typique avec douleurs violentes, hypertension du globe et perte progressive de la vision. A cette période, l'éclairage excentrique, ou, s'il est possible, l'éclairage de contact, donnent de précieux renseignements pour le diagnostic.

La troisième période est marquée par la propagation de la tumeur hors du globe oculaire, à travers l'enveloppe fibreuse scléro-cornéenne et ne tarde pas à s'accompagner de symptômes particuliers, sur lesquels Brière attire ainsi l'attention :

« Le status glaucomateux a pris fin ; il s'est produit un amendement considérable dans les symptômes, mais l'observateur ne doit pas s'y laisser tromper. Ce mieux indique que la masse du néoplasme a gagné l'orbite et que le moment d'une intervention chirurgicale réellement efficace est passé ». Il serait peut-être juste d'adoucir un peu de nos jours, la rigueur pessimiste de cette opinion. Quoiqu'il en soit, l'amélioration est de courte durée et ne tarde pas à faire place à

une exophtalmie conditionnée par le volume de la tumeur extra-oculaire qui refoule le globe.

Enfin, la quatrième et dernière période évolutive est celle des généralisations, en particulier des métastases hépatiques. Elle marque l'acheminement rapide vers la mort.

De cette évolution morbide, nous ne retiendrons que la troisième phase : celle de la propagation orbitaire de la tumeur. Nous laisserons évidemment aussi de côté les propagations à distance, dont la marche est capricieuse et les voies difficiles à préciser, et qui d'ailleurs n'ont pas le même intérêt pratique, puisqu'aucun traitement efficace ne saurait actuellement leur être opposé.

Le sarcome peut franchir les membranes du globe à la partie antérieure, vers l'équateur, ou à la partie postérieure. Les propagations antérieures ont été étudiées par Kassapian. Nous considérerons seulement celles qui siègent en arrière de l'équateur, vers le pôle postérieur, et pour ce faire, quelques données sur l'anatomie des membranes à ce niveau, sont indispensables.

CHAPITRE II

DONNÉES ANATOMIQUES SUR LE POLE POSTÉRIEUR DU GLOBE OCULAIRE

Le globe oculaire, en arrière de l'équateur, est un segment de sphère presque régulière, composé de membranes entourant des milieux. Les membranes seules nous intéressent : elles sont au nombre de trois, superposées dans l'ordre suivant :

En dehors, la membrane fibreuse ou sclérotique, qui se continue en avant avec la cornée.

Au centre, la membrane vasculaire, tractus uvéal, uvée ou choroïde, que prolongent en avant le muscle ciliaire, les procès ciliaires et l'iris.

Enfin, en dedans et au contact des milieux, la membrane nerveuse, la rétine formée par l'épanouissement

du nerf optique, qui, né à l'intérieur du globe, devra perforer les deux autres membranes pour en sortir.

Les tumeurs formées dans la choroïde devront, pour se propager en dedans, refouler, englober ou perforer la rétine; au contraire, pour s'échapper au dehors, c'est la barrière sclérale, beaucoup plus efficace, qu'elles auront à franchir. Ainsi, l'étude de cette membrane, de sa résistance et de ses points faibles, va éclairer singulièrement la pathogénie des propagations néoplasiques sarcomateuses à travers ce segment du globe.

Epaisse de un millimètre environ au voisinage du pôle postérieur, la sclérotique s' amincit à peu près régulièrement à mesure qu'on s'en éloigne, pour atteindre 40 à 50^m au niveau de l'équateur. Elle est essentiellement composée de faisceaux de tissu conjonctif, les uns antéro-postérieurs, les autres transversaux ou obliques, qui s'entrecroisent dans tous les sens. Aux faisceaux de fibres conjonctives se mêlent par endroits des fibres élastiques orientées en différents sens, de sorte qu'il en résulte un véritable feutrage serré entre les mailles duquel sont pourtant ménagés des espaces lacunaires, réunis entre eux par un réseau de fins canalicules dans lesquels circule la lymphe. On conçoit que ce réseau continu puisse amorcer un passage à la migration d'une tumeur. Mais ils ne sont pas les plus importants, et des orifices plus directs sont ouverts à l'invasion néoplasique, par où passent à l'état normal les vaisseaux et les nerfs qui vont au globe oculaire ou qui en viennent. Ce sont :

L'orifice destiné à livrer passage au nerf optique.

Situé à 3 mm. en dedans et 1 mm. au-dessous du pôle postérieur, cet orifice, ou plutôt ce canal, est taillé en biseau aux dépens des couches extérieures de la sclérotique. Sa forme est donc celle d'un tronc de cône à base postérieure. Sa partie antérieure est fermée par une sorte de grille, la lamina-cribrosa, à travers les pertuis de laquelle se tamisent les fibres du nerf optique, dépouillées de leur myéline.

« La lame criblée, dit Rollet (Traité d'Ophtalmoscopie, 1898), est un carrefour de fibres connectives envoyées par les plans voisins. Les cloisons sont formées par les lames internes de la sclérotique, par des tractus de la gaine interne et par le tissu conjonctif interfasciculaire du nerf optique, dont les fibres, en ce point, deviennent perpendiculaires à son axe.

La choroïde se termine-t-elle au pourtour du nerf optique sans prendre part à la formation de la lame criblée ? La question a été définitivement élucidée par Berger, qui a montré que cette membrane émet dans la lame criblée des cloisons choroïdiennes avec cellules pigmentaires en très petit nombre chez l'homme, mais plus nombreuses chez certains animaux.

La vascularisation papillaire est assurée par des réseaux de sources diverses : Artère et veine centrales de la rétine, les vaisseaux vaginaux nourriciers du nerf optique, en arrière du globe de l'œil. Ces vaisseaux vaginaux émanent des divers troncs vasculaires de la cavité orbitaire, serpentent dans les gaines du nerf optique, puis dans le tissu conjonctif qui lui sert de support ; ils s'avancent jusqu'à la lame criblée. Le cercle vasculaire de Zinn ou de Haller est formé par

des branches venues des artères ciliaires courtes postérieures ; il constitue une couronne vasculaire intra-scléroticale à l'entrée du nerf optique. De ce cercle, partent des arborisations qui se perdent dans la lame criblée et vascularisent ses cloisons. Au niveau de la lame criblée, il existe donc des anastomoses entre les vaisseaux scléroticaux, choroïdiens, vaginaux et rétiens. En cas d'obstruction de l'artère centrale de la rétine, on ne peut compter, afin de rétablir une circulation collatérale efficace dans la rétine, sur ce cercle de Haller, destiné à la nutrition de la papille ». Mais il est une voie toute désignée pour l'extension néoplasique au nerf optique par la voie papillaire.

Si d'autre part, on songe qu'au voisinage immédiat de la papille, entre les couches les plus externes de la choroïde et les gaines durale et épidurale qui accompagnent le nerf optique, l'espace est bien mince, qu'il est même traversé par des faisceaux de la gaine piale qui vont se perdre dans la choroïde, on admet sans peine que la propagation puisse se faire à travers les membranes d'enveloppe, en respectant le nerf lui-même.

Autour de l'orifice central se dispose un groupe de quinze à vingt pertuis qui livrent passage aux artères ciliaires courtes postérieures, aux veines qui les accompagnent, et aux nerfs ciliaires. Deux de ces orifices, placés un peu en avant des autres, l'un en dedans, l'autre en dehors, sont destinés aux deux artères ciliaires longues postérieures.

Enfin, près de l'équateur, un peu en arrière de lui et disposés aux quatre points cardinaux, se trouvent les

quatre orifices par où s'échappent les vasa-vorticosa et les canaux lymphatiques, qui font communiquer l'espace supra-choroïdien avec l'espace supra-sclérotical ou espace de Tenon.

En résumé, les *points faibles* de la barrière sclérale sont les suivants :

1° La papille optique, à cause du mince grillage d'origine scléro-choroïdienne qui constitue la lamina-cribrosa, à cause aussi des anastomoses vasculaires du cercle de Haller, défend mal l'origine du nerf optique.

2° Au pourtour immédiat de la papille, les gaines méningées du nerf optique viennent presque au contact de la choroïde, et par ailleurs, leurs vaisseaux envoient des anastomoses aux vaisseaux choroïdiens.

3° Plus en dehors, les artères, veines et nerfs ciliaires postérieurs pénètrent dans la sclérotique par une couronne de petits pertuis qui entourent à distance le nerf optique et recouvrent exactement le point correspondant à la macula.

4° Près de l'équateur, enfin, les vasa-vorticosa passent par quatre orifices cardinaux qui peuvent eux aussi servir au cheminement du processus néoplasique.

Partout ailleurs, la sclérotique n'offre comme défauts que de minces lacunes lymphatiques, voie, on le sait, peu propre au cheminement des sarcomes.

CHAPITRE III

FAITS CLINIQUES

I. — Mélano-sarcomes propagés par les orifices vasculo-nerveux du segment postérieur du globe.

On peut dire que ces faits répondent certainement au plus grand nombre des cas, bien qu'il soit souvent difficile de suivre les cellules néoformées dans les orifices vasculaires.

C'est depuis longtemps une opinion communément admise. Qu'on accorde la prédominance à l'infiltration du processus néoplasique dans l'orifice scléral qui

livre passage aux vaisseaux (Knapp) à une propagation « à travers les gaines lymphatiques des vaisseaux » (Panas) ; il est évident que « le point où se produit la rupture dépend souvent de la position des vaisseaux émissaires » (Brière). Si l'on en croit de Wecker, « pour les tumeurs sarcomateuses les plus fréquentes, c'est-à-dire celles qui siègent dans la région équatoriale ou postérieure de l'œil, cette propagation le long des veines et des nerfs est la plus fréquente ».

Du reste, cette constatation n'a rien d'étonnant si l'on songe que le sarcome se propage volontiers dans l'économie, le long des vaisseaux sanguins. De plus, elle donne une excellente explication pour certains faits troublants au premier abord, comme la fréquence et la précocité des propagations orbitaires dans le mélanome de la région maculaire.

OBSERVATION I, *Inédite*. — (Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet).

Décollement rétinien et glaucome symptomatiques. — Sarcome mélanique choroïdien. — Perforation néoplasique au niveau d'un vaisseau ciliaire.

M^{me} V^{ve} C..., ménagère, âgée de 62 ans, demeurant à Lyon, rue des Petites-Sœurs, entre à la clinique le 11 Juin 1921, pour une affection oculaire qui date de dix mois.

Ses antécédents personnels se réduisent à deux interventions abdominales déjà anciennes (il y a 25 ans et 16 ans), pour kyste de l'ovaire. Elle a deux enfants en bonne santé.

Depuis Août 1920, elle assiste à une diminution progressive de l'acuité visuelle de l'œil gauche. La vision est actuellement nulle de ce côté. Bien qu'elle n'éprouvât au début ni

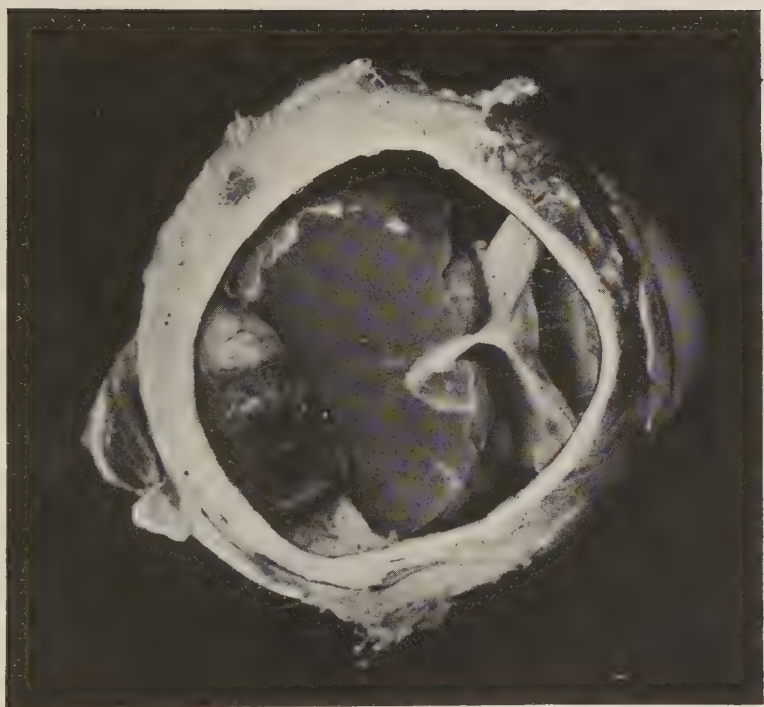


FIGURE I. — Mélanome propagé à l'orbite le long d'un vaisseau ciliaire, à travers une sclérotique en apparence intacte (Pièce de l'Observation I).

douleur oculaire; ni céphalée, elle vint consulter dès les premiers symptômes et on constata (Août 1920): *Un décollement de la rétine fixe, siégeant en haut et en dehors*. On ne remarqua rien d'anormal du côté de la tension.

La malade est revenue le 11 Juin 1921. Elle raconte alors que quatre semaines plus tôt, elle voyait encore un peu de l'œil gauche; elle distinguait ses doigts à une certaine distance, mais elle avait comme des trous noirs dans son champ visuel. A ce moment, les douleurs sont apparues; oculaires d'abord, puis orbitaires, et très vite irradiées à toute la moitié gauche du crâne. Il y avait en même temps de l'injection conjonctivale et le globe était dur. Cette poussée est restée aiguë une dizaine de jours et depuis, s'est un peu améliorée.

A son entrée, l'œil gauche est encore injecté avec léger cercle périkeratique. La pupille est en mydriase très manifeste, elle est immobile à la lumière. L'hypertension est nette au doigt; au tonomètre de Schioltz, elle mesure 43 au lieu de 16 du côté droit. L'acuité visuelle à gauche est nulle; à droite, elle est normale.

Le fond d'œil ne s'éclaire pas à l'ophtalmoscope. Le diagnostic de tumeur intra-oculaire est tellement manifeste qu'on ne fait pas l'éclairage de contact.

L'énucléation est pratiquée le 14 Juin. On coupe le nerf optique le plus loin possible. La tumeur a déjà franchi l'enveloppe postérieure du globe et fait saillie au voisinage du nerf optique, sous forme d'un petit grain noir.

Examen de la pièce (Dr Bussy).

Petite tumeur de la choroïde, siégeant au niveau du segment postéro-interne, partie inférieure, et occupant à peu près $\frac{1}{5}$ de la cavité oculaire. Décollement complet de la rétine en parapluie. Vitré réduit à une toute petite masse inorganisée au centre de l'œil. Vaste épanchement sous-réti-

nien constitué par un liquide très chargé en fébrine, et qui a donné un caillot blanc et dense sous l'action des réactifs fixateurs. Une petite masse noire, du volume d'une lentille, régulièrement arrondie, fait hernie à travers la sclérotique en un point qui paraît situé juste entre la macula et le nerf optique. Elle repousse le nerf optique contre lequel elle s'accrole, mais elle ne semble pas macroscopiquement l'avoir envahi. (*Fig. I*). Elle paraît respecter même ses gaines. Une dissection minutieuse de cette petite propagation ne permet de déceler *aucune continuité entre les deux tumeurs intra et extra oculaire, et l'enveloppe sclérale, de même que le nerf optique, paraissent absolument respectés.*

Dans l'espoir de découvrir une voie de propagation, on examine au microscope une coupe pratiquée dans la sclérotique, tangentiellément au globe et entre les deux tumeurs. On voit alors que la propagation du néoplasme s'est faite en dehors de la lame criblée, à travers la sclérotique, aux dépens de l'orifice de passage d'un vaisseau ciliaire. On voit, *autour d'un vaisseau de petit diamètre*, des cordons de cellules saccomateuses rondes. Nulle part, en dehors de ce point, la coupe sclérale n'offre rien d'anormal. Il est à remarquer que ce boyau de cellules peri-vasculaire est dépourvu de pigment, alors que les deux tumeurs sont des sarcomes à cellules rondes, de petites dimensions, très chargées en pigment, avec très peu de vaisseaux et sans aucune tendance à une organisation nodulaire ou peri-vasculaire.

OBSERVATION II. (PANAS)

Mélanome choroïdien à évolution typique, propagé à travers les gaines lymphatiques des vaisseaux ciliaires.

Il s'agit d'une femme de 50 ans, lingère, exempte de tout tare organique et de syphilis. Antécédents personnels: Il y

a 10 ans, chute sur la région temporale droite. Quelques semaines après, l'œil correspondant devient rouge, en même temps que la vision commence à baisser, sans douleur. — Examen médical quatre ans après le début. On note un obscurcissement complet du champ visuel, sauf en un point de la région temporale. A l'ophtalmoscope, on voit une sorte de plateau blanc juste au niveau du pôle postérieur, sans envahissement de la papille.

Deux ans après, apparaissent les premiers signes glaucomateux. Trois sclérotomies successives ne suffisent pas à arrêter la marche progressive des symptômes. Enucléation de l'œil, arraché difficilement. On voit au fond de l'orbite une tumeur arrondie, du volume d'une prune mirabelle qui, attirée en avant, permet de couper le nerf optique atrophié, mais sain, au proche voisinage du trou du même nom.

Le nerf, simplement contigu à la tumeur qui le refoulait en dedans, n'a pas subi le moindre envahissement néoplasique. Le néoplasme né de la partie polaire de la choroïde, avait dédoublé le côté externe de la graisse sclérale du nerf et envahi par là le tissu cellulo-graisseux de l'orbite sans que la sclérotique elle-même fut perforée. Celle-ci continue toujours à former une cloison entre les portions intra et extra oculaires de la tumeur. *La propagation vers l'orbite a dû se faire à travers les gaines lymphatiques des vaisseaux ciliaires postérieurs.*

La première tumeur offrait l'aspect d'un plateau concave en avant, lisse et mesurant 2 mm. d'épaisseur, au plus, adhérent à la rétine, alors que la portion intra-orbitaire, de beaucoup la plus volumineuse, était lobulée et encapsulée. Les deux tumeurs renfermaient du pigment en assez grande abondance.

Aucune partie de l'œil, y compris le vitré, n'en est envahie, d'où il résulte qu'on ne saurait mettre sur le compte du

trop-plein du globe par la tumeur le glaucome consécutif absolu.

Cette observation, la vérification microscopique en moins, est tout a fait comparable à celle que nous avons relatée. Mais elle a évolué beaucoup plus lentement.

Panas cite encore deux observations de O. Becker dans lesquelles il admet toujours la propagation par les gaines lymphatiques des vaisseaux ciliaires. Les voici résumées :

OBSERVATION III (O. BECKER). — *Résumée.*

Sarcome mélanique de la choroïde, propagé à l'orbite.
— *Généralisation et mort.*

Au cours d'un examen ophtalmoscopique, O. Becker aperçut dans la région de la macula une tache blanche, arrondie, quatre fois grande comme la papille, à bords peu tranchés et parcourue à la surface par de nombreux vaisseaux. Un verre de + 4 D. permettait de mesurer la saillie de la plaque, qui ne dépassait pas alors 1 mm. à 1 mm. 5. Il y avait scotome central.

Un an plus tard, Arlt procédait à l'énucléation, à cause de la propagation de la tumeur à l'orbite.

Le malade mourut par la suite de généralisation sarcomateuse mélanique des viscères et surtout du foie.

Histologiquement, c'était un sarcome à très grandes cellules fusiformes, pigmentées par places. Partout la rétine adhérait à la choroïde, et elle était simplement refoulée en avant par une bosselure aplatie.

OBSERVATION IV (O. BECKER). — *Résumée.*

Glaucome symptomatique d'un mélano-sarcome de la région maculaire propagé à l'orbite.

C'est un homme du service de Arlt, dont l'œil droit était glaucomateux avec scotome central et milieux peu éclairables.

Billroth pratiqua l'énucléation et trouva un néoplasme orbitaire du volume d'une pomme.

Examen anatomique : La forme de l'œil est bien conservée. Le nerf optique, facile à séparer de la tumeur, ne contient que par places des éléments sarcomateux. La rétine est refoulée en avant par la tumeur, sans décollement.

Comme dans le cas précédent, le néoplasme a eu pour point de départ la région maculaire.

Deux ans après, récurrence dans l'orbite.

Enfin, nous devons signaler que Flourens, dans sa thèse, cite le cas d'un malade de Von Arlt, chez qui « il existait une communication directe entre la tumeur extra-oculaire et la tumeur intra-oculaire. Ici, de larges travées de cellules sarcomateuses traversaient la sclérotique dans une direction oblique : elles suivaient probablement quelques-unes des artères ciliaires postérieures ». Et plus loin, celui d'une malade de Fuchs, « chez laquelle la tumeur extra-oculaire située au pôle postérieur, s'était produite par une migration de cellules sarcomateuses le long des vaisseaux traversant la sclérotique ».

De même Brière (obs. XXIV) parle d'un « œil phthisique avec sarcome pigmenté de la choroïde. La sclérotique montre en certains endroits, entre ses

fibres, des cellules qui sont situées *sur le passage des vaisseaux*. Elles sont rondes et fusiformes.

II. — Mélanomes choroidiens propagés aux gaines du nerf optique.

Nous avons étudié au chapitre consacré à l'anatomie, les raisons qui font de la région des gaines méningées entourant le nerf optique, un point faible dans la barrière opposée à la propagation des néoplasmes intra-oculaires. Ici encore, la clinique confirme les données anatomiques. Cette voie est une de celles qu'emprunte le sarcome pour sortir du globe. La démonstration clinique en a été faite par la belle observation rapportée sous le n° XLVII, dans la thèse de Brière et dont nous reproduisons la partie anatomo-pathologique. Depuis, les observations se sont multipliées, rendant indéniable ce mode de propagation. Il est remarquable que la propagation vaginale va souvent de pair avec la propagation centrale dans le nerf optique ; on se trouve alors en présence d'un double processus évoluant simultanément, comme nous en verrons un exemple personnel au chapitre suivant. Quelle est la

fréquence de cette propagation aux gaines ? Nous ne saurions le dire d'une façon très exacte, étant donnée l'imprécision de la plupart des faits relatés dans la littérature. Mais il nous semble qu'on peut le placer, sans risque de se tromper, entre la propagation vasculaire périphérique, plus fréquente, et la propagation directe au nerf optique par la lame criblée, plus rare.

OBSERVATION V (BRIÈRE). — *Résumée.*

Mélano-sarcome choroïdien avec envahissement des gaines du nerf optique.

M^{me} R... — Examen histologique de la pièce, fait par Poncet, du Val-de-Grâce, en 1873.

Tumeur intra-oculaire entièrement constituée par un tissu mélanique fibro-sarcomateux. La choroïde, loin de la tumeur, a subi la dégénérescence et présente un tissu plus épais. La rétine, décollée et repliée, est altérée, fibreuse, mais non mélanique. Le nerf optique ne porte plus de papille puisque la rétine est repliée en parapluie, mais le nerf, examinée avec soin, présente les altérations suivantes : Entre les deux gaines se trouve une prolifération embryonnaire assez abondante pour rendre l'adhérence intime entre les deux enveloppes. Dans les portions du nerf qui avoisinent l'enveloppe interne, les loges nerveuses sont riches en cellules de névroglie. Il y a dans ces points une névrite très prononcée portant sur la névroglie. Le résultat est l'atrophie des tubes nerveux devenus excessivement fins, sans myéline, et réduits à leur cylindre-axe. La dissociation avec les aiguilles démontre cette altération d'une manière très nette. Au centre du nerf, ces altérations existent à un degré bien moins prononcé. On retrouve les cellules de la

névroglie peut-être un peu plus abondantes et des stries où elles sont rangées en séries anormales, mais là, pas d'atrophie des tubes nerveux, et surtout prolifération beaucoup moins actives que sur les parois. Il y a donc eu ici péri-névrite entre les deux enveloppes et névrite de la périphérie au centre.

OBSERVATION VI (VAN DUYSE). — *Résumée.*

Sarcome choroïdien de la région de la macula, avec propagation à travers les gaines du nerf optique.

Un sarcome né dans la région maculaire de la choroïde évolue pendant plus de trois ans, caché par un cristallin cataracté. Il provoque une exophtalmie qui s'accroît rapidement, ce qui implique une extension à l'orbite contrastant avec le développement lent dans la coque oculaire. Les phénomènes glaucomateux de la seconde période paraissent n'avoir été que transitoires, et le décollement rétinien tardif. L'auteur estime que d'abord étalé en surface, le sarcome a, tandis qu'il se développait dans l'orbite, proéminé d'autre part vers le corps vitré en forme de lobe, soulevant et atrophiant la rétine adjacente. La texture de ce lobe intra-oculaire, semblable à celle de la tumeur secondaire, semble impliquer pour l'une et pour l'autre la rapidité de la formation. Aucune partie de la tumeur extra-oculaire n'est pigmentée. C'est d'ailleurs une loi générale que les tumeurs secondaires sont souvent moins pigmentées que la tumeur primitive.

Le point d'origine de la tumeur était ici la couche de Haller ou couche des gros vaisseaux de la choroïde. D'autre part, le lamina fusca se retrouve dans les parties périphériques du disque néoplasique, de même que la chorio-capillaire et la membrane anhyte de la choroïde, la rétine,

fortement atrophiée, se trouvant en certains points intéressée par la pullulation d'éléments apigmentés au niveau de la masse.

Même réflexion pour les lames sclérales de la région maculaire, dissociées, déjetées, atrophées par la multiplication envahissante. Toutefois, *la propagation vers l'orbite semble s'être faite surtout au niveau du nerf optique*. Le sarcome n'a pas pénétré profondément dans la corde nerveuse, *il a cheminé le long des travées piales* jusqu'à 5 ou 6 mm. de profondeur. Un manchon sarcomateux entoure l'extrémité bulbaire. La papille et les parties antérieures et circonvoisines du nerf étant englobées, il est difficile d'affirmer si la propagation s'est faite par la lame criblée, attendu que les espaces intervaginal du nerf et supra-choroïdal au pourtour de ce dernier sont envahis. La propagation vers le nerf peut s'être faite par cette dernière voie. La gaine durale a été complètement dissociée : l'orbite a été infestée de cette manière.

III. — Mélano-sarcomes propagés au nerf optique et à la lame criblée à travers la papille.

Les faits de propagation directe au nerf sans envahissement simultané des gaines ne sont pas fréquents. Le plus souvent, les deux modes coexistent avec précession de l'un ou de l'autre, plus souvent du mode

vaginal. Nous savons que cette propagation centrale peut s'expliquer par la minceur de la lame criblée, sa composition mixte scléro-choroïdienne, par les anastomoses vasculaires qui unissent la circulation nourricière du nerf à celle de la choroïde; enfin, par la présence des vaisseaux centraux de la rétine. Les recherches bibliographiques touchant cette question sont rendues délicates du fait que beaucoup d'auteurs ne précisent pas si l'envahissement nerveux est à prédominance périphérique et centripète ou bien centrale et centrifuge. D'autre part, dans nombre de cas, l'énucléation a été pratiquée alors que le nerf optique et ses gaines étaient pris en totalité, de sorte qu'il a été difficile de préciser l'ordre d'apparition des lésions. Cependant, l'opinion des auteurs ne fait pas de doute à ce sujet, depuis Brière, qui conclut à la propagation possible par la voie papillaire.

Nous avons la bonne fortune d'apporter ici une observation inédite fort démonstrative.

La propagation néoplasique y est surprise à un stade encore peu avancé, de sorte qu'on peut mieux apprécier ses voies de cheminement.

OBSERVATION VII. *Inédite*. (Clinique du Prof. ROLLET)

Tumeur mélanique de l'œil droit. — Glaucome symptomatique. — Propagation à la lame criblée et aux gaines du nerf optique.

M^{me} V^{ve} J..., 51 ans, demeurant à Cemerieu (Isère), entre le 25 avril 1921 à la clinique de M. le Professeur Rollet,

pour de violentes douleurs localisées à l'œil droit, et irradiées dans la région frontale.

Dans ses anamnésiques, on ne trouve rien de particulier au point de vue héréditaire ou familial.

Personnellement, elle a un passé pathologique à peu près insignifiant. Jusqu'au début de 1914, elle n'eut jamais à se plaindre de ses yeux.

En janvier 1914, elle éprouve du côté de l'œil droit quelques douleurs persistantes, tenaces, mais peu violentes en somme et sans exacerbations, en même temps que sa vue se trouble.

Elle vient consulter à la clinique et on l'admet dans le service avec le diagnostic de « glaucome chronique de l'œil droit » (Juin 1914).

On procède à une iridectomie anti-phlogistique qui n'améliore pas la vision, mais supprime les douleurs. Son état reste à peu près stationnaire pendant cinq ans.

En Février 1921, assez brusquement, mais sans que la malade puisse en fixer le début exact, se produit une poussée douloureuse de l'œil droit. « Les souffrances étaient intolérables », raconte-t-elle plus tard. En même temps, l'œil rougit, les paupières s'œdématisent, le globe oculaire augmente de volume. Mais cet accroissement se fait d'une façon assez irrégulière, la partie supérieure étant beaucoup plus saillante et formant comme une tumeur au-dessus de la cornée. Des pansements humides, du pyramidon à l'intérieur, apaisent la douleur et l'inflammation, et une quinzaine de jours avant son entrée dans le service (25 Avril 1921), l'œdème palpébral avait disparu.

En somme, épisode aigu ayant duré deux mois environ, et que la malade voudrait attribuer à une grippe.

Examen à l'entrée :

Œil droit: Exophtalmie très marquée, semblant due sur-

tout à une augmentation du volume du globe. La paupière supérieure abaissée n'arrive pas au contact de la paupière inférieure. D'ailleurs, la paupière inférieure seule se meut encore spontanément, la supérieure étant incapable de se soulever activement.

La cornée, désaxée, est rejetée à la fois en bas et surtout vers le segment nasal.

L'iris apparaît plaqué contre la cornée; il est décoloré.

La papille, absolument immobile, est occupée en totalité par une opacité glaucomateuse.

Autour du limbe, sur la sclérotique, on aperçoit une masse oblongue, réniforme, à concavité interne, à convexité supéro-externe, plongeant dans le cul-de-sac supérieur. Cette masse présente une coloration noirâtre et elle est sillonnée par quelques vaisseaux.

La conjonctive périphérique est un peu hypérémiee.

L'acuité visuelle, qui est satisfaisante du côté gauche (1/3), est nulle du côté droit.

Le 26 Avril 1921. — Enucléation sous anesthésie locale. La coque oculaire est amincie et dure, elle adhère aux plans profonds par un tissu lardacé qui crie sous le ciseau. Il semble que la tumeur ait franchi la coque au niveau du pôle postérieur.

Le 29 Mai 1921. — Radiothérapie.

Examen anatomo-pathologique de la pièce (D^r Bussy).

Macroscopiquement (Fig. II), la tumeur a envahi toute la cavité intra-oculaire, en détruisant la totalité des membranes et des milieux et en rendant méconnaissable toute l'architecture interne de l'œil. En dedans du sac scléro-cornéen, on ne trouve plus qu'une masse noire homogène, d'aspect truffé, sans géodes, et qui est la tumeur même. La sclérotique et la cornée semblent respectées dans toute la moitié

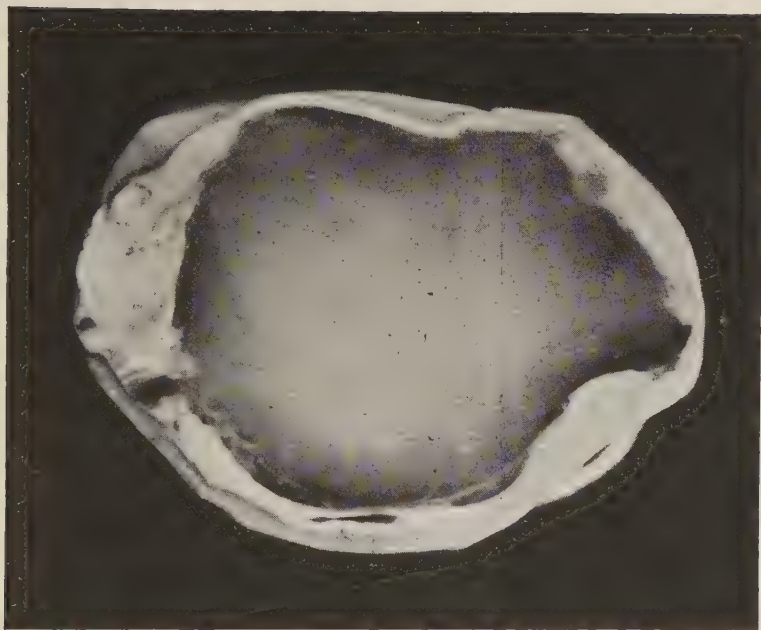


FIGURE II. — *Mélano-sarcome propagé au nerf optique par deux processus parallèles : l'un central, l'autre vaginal (Pièce de l'Observation VII).*

antérieure, mais au niveau du pôle postérieur, la sclérotique paraît être envahie :

Elle est à ce niveau augmentée d'épaisseur, de teinte jaunâtre, consistante, friable et elle a perdu sa structure régulièrement fasciculée. Au niveau de l'émergence du nerf optique, et seulement à ce niveau, la sclérotique est parcourue par une trainée noirâtre qui reproduit le siège, les dimensions, la direction, bref, toutes les caractéristiques du trajet intra-scléral du nerf optique. En aucun autre point du sac scléro-cornéen on ne trouve de trainées semblables.

En résumé, il semble, macroscopiquement, que la tumeur ait envahi la sclérotique au niveau d'une large étendue du pôle postérieur, mais que cet envahissement se soit fait sous un mode mélanique, au niveau du seul nerf optique.

Au microscope. — La tumeur est essentiellement constituée par de petites cellules rondes, tassées, bourrées de grains de pigment volumineux et présentant les caractères cytologiques des cellules conjonctives. Ces cellules ont une tendance à s'organiser en couches concentriques régulières, autour d'un néo-vaisseau qui ne présente pas de paroi propre. Cette tumeur a détruit toute trace des membranes et des milieux oculaires ; elle présente en certains points des îlots de dégénérescence ; elle respecte à peu près complètement le sac scléro-cornéen, sauf au niveau du pôle postérieur. A ce niveau, la tumeur envahit les couches internes de la sclérotique, en ne respectant plus qu'un mince liseré externe de tissu fibreux.

Au niveau du nerf optique, la tumeur s'est substituée au tissu nerveux de la papille ; elle envoie le long des cloisons connectives parties de la lame criblée des boyaux de cellules néoplasiques, allongés dans le sens des fibres du nerf optique, et qui dissèquent ces fibres, sans les faire disparaître complètement nulle part. A côté de ce processus central

d'envahissement du nerf optique, il existe un second foyer qui a fait disparaître complètement les gaines méningées à la périphérie du nerf. Il est probable que ce deuxième foyer d'envahissement n'a pas suivi la voie papillaire centrale, mais a progressé directement à travers les anastomoses vasculaires vagino-choroïdiennes.

A noter que le foyer d'infiltration centrale de la papille est seul formé de cellules sarcomateuses non pigmentées.

L'étude clinique de cette malade offre ceci de particulier, que l'exophtalmie très marquée ne relève pas de la pathogénie ordinaire à cette troisième période. En effet, c'est ici l'augmentation des diamètres du globe dilaté par le glaucome chronique, qui le fait saillir hors de l'orbite; d'ordinaire, la protusion du globe est conditionnée par la présence de la tumeur orbitaire rétro-bulbaire qui le pousse en masse hors de sa cavité naturelle.

OBSERVATION VIII (PARIZOTTI).

Tumeur mélanique intra-oculaire propagée au nerf optique, à travers la lame criblée.

Il s'agit d'un malade de 23 ans qui, après avoir présenté un glaucôme et un décollement rétinien, fut énuclée et mourut de généralisation.

Examen anatomique de l'œil. (Résumé). — On trouva à l'intérieur de l'œil l'existence d'une tumeur. On remarquait dans la moitié postérieure du bulbe, épaissie, deux parties : une interne, gris-jaunâtre, une externe, de la couleur et de l'épaisseur de la sclérotique normale. En avant, cette masse,

qui partout était très adhérente à la sclérotique, se terminait en biseau dans la choroïde normale. Près de l'ora serrata, on trouvait un anneau grisâtre résultant d'une néoplasie jeune. La tumeur avait envahi la lame criblée. On rencontrait des îlots de cellules néoplasiques dans les cloisons connectivales du nerf optique et on y remarquait déjà l'acheminement vers la formation d'une néoplasie semblable à celle qui occupait l'intérieur de l'œil.

OBSERVATION IX (BRIÈRE). — *Résumée.*

Mélano-sarcome ossifiant de la choroïde propagé au nerf optique.

Dans un œil enlevé pour mélanosarcome de la choroïde, ont été relevées les particularités suivantes :

La sclérotique ne présente rien d'anormal.

Le nerf optique est profondément altéré et on peut à peine reconnaître au milieu de la dégénérescence granulo-graisseuse générale quelques minces cylindres-axes, très rares et ne dépassant pas la lame criblée. Le sarcome recouvre toute la face interne de la sclérotique ; mais la tige nerveuse, vestige de la rétine, est aussi enveloppée par la tumeur mélanique, qui l'étreint depuis la papille jusqu'aux procès ciliaires. Vers la papille, le pédicule nerveux est englobé dans une formation osseuse où l'on distingue des corpuscules médullo-cèles et des canalicules de Havers.

Dans une autre observation, la vingt-sixième de sa statistique, Brière parle d'un mélanosarcome en partie ossifié de la choroïde, où on aurait constaté, à la section du nerf optique, la présence de nombreux agrégats de pigment.

En somme, ces observations de mélanomes choroïdiens propagés au nerf optique directement, ou par la voie des gaines méningées, ne sont pas très rares dans la littérature. Ce qui manque le plus, ce sont des indications précises sur la voie suivie pour atteindre le nerf. Mais, nous l'avons montré, les deux modes de propagation: centrale et vaginale peuvent se voir et coexister.

IV. — Mélano-sarcomes propagés à travers la sclérotique hors des points de moindre résistance ou par des voies indéterminées.

Le mode de propagation à travers la sclérotique en dehors de ses points faibles, reconnaît deux mécanismes principaux : la rupture de la coque scléroticale par l'excès de tension intra-oculaire, et l'envahissement de la tunique fibreuse par le néoplasme, amenant son amincissement progressif et sa perforation.

S'il est possible qu'on ait invoqué, pour expliquer certains envahissements brusques de l'orbite, la rupture de la coque fibreuse en avant de l'équateur sous l'influence de la seule hypertension, pareil phénomène nous semble beaucoup plus difficile à admettre pour le segment postérieur.

En effet, la sclérotique présente une épaisseur croissante d'avant en arrière, si bien que de 20 à 30 dans

la région limbique, elle passe à 50 au voisinage de l'équateur, et atteint 1 mm. au pôle postérieur. Sous l'influence de la poussée intérieure, la sclérotique ne peut guère éclater que dans le segment antérieur. En fait, on trouve un certain nombre de ces cas de rupture antérieure ou équatoriale, et d'autre part, il suffit d'examiner quelques coupes de tumeurs du segment antérieur, pour voir que la membrane scléco-cornéenne fléchit sous la poussée néoplasique, avant d'être infiltrée. Mais ces faits sortent du cadre de notre étude.

La conception d'une invasion néoplasique dans les éléments cellulaires de la membrane sclérale, plus séduisante au premier abord, ne semble pas répondre à la majorité des cas. En effet, des constatations histopathologiques nombreuses montrent la grande résistance de cette membrane à la pénétration par le sarcome. Knapp écrivait déjà (1868) : « On voit par le faible développement des éléments sarcomateux dans la sclérotique, que cette membrane est peu favorable aux néoplasies de ce genre » ; et après lui, Brière déclare que « la sclérotique est très tardivement attaquée par la dégénérescence sarcomateuse ».

Bien lus, il semble même que dans certains cas, la sclérotique se défende activement contre le néoplasme et réagisse en proliférant, comme en témoigne l'observation rapportée par Terrien (Arch. d'ophtalmologie, 1899), p. 475). Cette réaction est-elle conditionnée par l'irritation néoplasique seule, ou par une infection surajoutée ? Terrien cite un cas, où dans l'épaisseur de la sclérotique hypertrophiée, il a trouvé quelques amas de pigment et un noyau sarcomateux de 2 mm.

de diamètre environ, complètement isolé de la tumeur principale et entouré d'une épaisse couche de tissu fibreux. La question est sans doute difficile à trancher, mais rien ne prouve qu'une infection secondaire entre en jeu.

Il n'est pas impossible également qu'un certain nombre de néoplasmes infiltrent la sclérotique et la traversent à la faveur des lacunes lymphatiques et des canalicules qui forment à son intérieur un réseau continu, amorce de voies de propagation. Mais de pareils faits existeraient-ils, qu'ils seraient sans doute difficiles à mettre en évidence.

Nous donnons, plus bas, quelques observations de mélanomes propagés à travers la sclérotique, hors des points naturellement faibles. Mais nous devons reconnaître :

1° Que certaines observations choisies cependant parmi les moins vagues, sont encore peu précises quand à la localisation exacte de la perforation.

2° Que dans quelques autres, les auteurs, avec plus de persévérance, ou plus de chance, auraient peut-être découvert un trajet vasculaire à l'origine de la propagation néoplasique.

3° Enfin, que la marche envahissante du mélanosarcome détruit rapidement les tissus qui l'avoisinent; ce qui explique souvent l'imprécision des auteurs et rendra sans doute encore dans l'avenir beaucoup d'observations incertaines.

De sorte que la classe des faits ainsi catalogués bénéficie, sans doute, d'un certain nombre de cas qui

auraient pris place dans les précédents chapitres sans l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

Nous devons aussi relier à cette catégorie les faits de néoplasmes propagés à l'orbite à travers une membrane scléro-cornéenne, microscopiquement intacte. Peut-être s'agit-il là d'embolies ou peut-être plus simplement le lieu de communication a-t-il passé inaperçu comme il aurait pu le faire dans notre observation n° 1.

OBSERVATION X. — Personnelle.

(Clinique du Prof. Rollet).

Tumeur mélanique de la choroïde. — Exophtalmie symptomatique. — Propagation à l'orbite à travers une brèche scléroticale postérieure.

M^{me} V^{ve} B. . . , âgée de 66 ans, qui exerçait à Voiron le métier de tisseuse, entre le 16 Juillet 1920 à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

On ne relève dans ses anamnétiques aucune maladie sérieuse, et avant l'affection qui l'amène, elle a toujours joui d'une bonne santé.

Elle situe à dix ans plus tôt environ les premiers troubles fonctionnels qui aient attiré son attention : c'est-à-dire une céphalée profonde et une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit. Il y a 5 ans, les douleurs étaient devenues plus vives, en même temps que la vision avait diminué progressivement. De plus, elle assistait à l'évolution d'une exophtalmie progressive. Tous ces troubles, accompagnés d'un état général satisfaisant, sans la moindre température.

A l'entrée, l'œil droit disparaît dans une tumeur volumi-

neuse qui envahit toute l'orbite. Les paupières sont œdématisées. La vision est nulle. L'œil gauche est resté normal.

Le 17 Juillet, on procède à l'énucléation, suivie d'une exentération de l'orbite, envahie par la néoplasie.

On tombe sur une tumeur mélanique entourant complètement le globe oculaire. Une coupe totale de la tumeur permet de voir au milieu de la masse néoplasique pigmentée, tous les organes intra-orbitaires : muscles, vaisseaux, nerfs, enrobés et comprimés par les éléments néoformés.

Le globe oculaire est rapetissé, mais il demeure intact, avec sa coque scléro-cornéenne bien visible, ayant conservé partout son intégrité, sauf en un point, dans le pôle postérieur, où elle est perforée comme à l'emporte-pièce.

Il existe là une très vaste communication entre les tumeurs intra et extra-oculaire.

Par où la tumeur est-elle passée pour traverser la barrière sclérale ? Le stade trop avancé de son évolution ne nous permet plus de la déterminer, mais il est bien probable qu'à un stade plus précoce, nous aurions pu faire coïncider la rupture avec un des points faibles. Toutes les autres observations que nous avons pu recueillir de sclérotiques perforées en arrière de l'équateur en un point de résistance normale, sont marquées de la même imprécision.

OBSERVATION XI (DE WECKER et LANDOLT).

Mélano-sarcome choroïdien propagé à l'orbite à travers une coque microscopiquement intacte.

Dame âgée de 72 ans, présentant une phthisie très accusée de l'œil droit, qui était le siège, en haut en dehors, de plusieurs boutons mélaniques.

Cette dame racontait qu'il y a trois ans, elle avait perdu subitement la vue de l'œil droit, qui se serait, peu de temps après, enflammé et rapetissé, avec de cruelles souffrances. Pendant deux ans, elle ne s'était aperçue de rien sur son œil réduit de volume, et ce n'est que depuis peu de mois qu'il y était apparu de petites excroissances noirâtres.

Enuléation en Juillet 1871.

L'examen microscopique de cet œil très phtisique montra que sa cavité, très réduite, était remplie en entier par un mélano-sarcome. Nulle part on ne pouvait constater une perforation de la sclérotique, de façon qu'il était impossible d'établir aucune connection directe entre les boutons extérieurs et le contenu sarcomateux intérieur.

La malade parut, pendant un an et demi, en parfaite santé, après l'énucléation. Alors, il se montra une récurrence près du siège de l'opération, mais on ne put l'opérer, car il apparaissait simultanément les symptômes d'un carcinome du foie et de l'estomac.

OBSERVATION XII. (DE WECKER ET LANDOLT)

Mélano-sarcome choroïdien propagé à travers une coque scléro-cornéenne en apparence intacte.

M. Soutier, 42 ans, maçon, vient, en Juillet 1866, porteur d'une tumeur noirâtre à la partie supérieure de l'œil gauche. La cornée est rapetissée et leucomateuse. La tumeur, grosse comme une noisette, adhérente, semble se prolonger en arrière du globe, réduit dans ses diamètres.

Le malade a perdu l'œil huit ans avant, à la suite d'une commotion. Depuis, son œil a toujours été plus petit. La tumeur est apparue depuis deux mois.

Enucléation, suivie de récurrence au bout de dix mois.

Examen de la pièce, par Cornil : « Sarcome mélanique ».

La section sagittale donne : Une masse noire, solide, épousant la forme du globe, et présentant, conservés et visibles, la coque fibreuse de la sclérotique et de la cornée, le tissu fibreux du nerf optique et la loge du cristallin.

Au microscope, ces tissus fibreux étaient conservés normaux dans leur plus grande étendue, et seulement envahis à leur partie externe et interne par le tissu néo-formé. D'après la disposition à l'œil nu, de la tumeur, en tenant compte de la conservation des tissus fibro-plastiques de l'œil, on doit penser que la tumeur, d'abord intra-oculaire, donnait naissance aussi à des bourgeons sarcomateux externes ; mais il n'y a pas eu destruction de l'enveloppe fibreuse ni perforation de l'œil.

V. — Mélano-sarcomes nés en avant de l'équateur et sortant du globe au pôle postérieur

Nous avons en vue des cas peu fréquents, mais cependant suffisamment établis, bien que peu étudiés. En règle générale, le sarcome de la région ciliaire ou irienne s'extériorise à la partie antérieure du globe, tandis que le sarcome né en arrière de l'équateur, tend à faire issue vers le pôle postérieur. Par où s'est effectuée cette propagation d'avant en arrière ? Peut-être par continuité à travers le tractus uvéal ou les milieux.

En tous cas, le fait existe et la propagation papillaire est parfois des plus nettes. D'autres hypothèses pathogéniques pourraient être envisagées : celle, par exemple, de deux noyaux sarcomateux nés en même temps. Mais, si l'on en croit Lagrange, « rien n'est plus rare que la multiplicité des nodules néoplasiques dans le même œil. Le sarcome ne s'accroît en général que par continuité ».

OBSERVATION XIII (M^{lle} GOLDSCHTEIN). — *Résumée.*

Sarcome mélanique de la face postérieure de l'iris, propagé à la papille.

Il s'agit d'une femme de 72 ans, dont la vision commença à diminuer du côté gauche il y a trois ans. Elle avait comme « un brouillard » et voyait passer des « serpents ». Aggravation brusque qui décide la malade à venir consulter (Mars 1908).

Examen clinique : Dans la partie supéro-interne de la chambre antérieure de l'œil gauche, l'iris fait saillie, mais il n'atteint pas la face postérieure de la cornée. La surface irienne est lisse et n'offre rien de spécial à noter. Au niveau de la papille, l'iris s'infléchit légèrement en dedans et laisse voir un petit bourrelet noir. Il y a un ectropion assez marqué de l'uvée ; en regard de cet ectropion, le cristallin montre des fibres rayonnées cataractées. Acuité 1/10. Pas de tonus. Fond d'œil éclairable.

Enucléation le 17 Juillet.

Examen anatomique : A la face postérieure de l'iris, une tumeur de forme à peu près ovale (4 mm. sur 2 mm. 5), en contact en arrière avec le cristallin. Limitée à sa périphérie

par une bordure de pigment. Quelques travées pigmentaires à l'intérieur de la tumeur.

A l'examen du segment postérieur, on trouve la rétine lésée ainsi que la papille. A la papille, on ne voit pas d'excavation physiologique, plutôt un léger degré de stase. Immédiatement sur la lame criblée et s'infiltrant dans la choroïde, nous trouvons un amas cellulaire composé des mêmes éléments néoplasiques.

VI. — Les faits que nous venons d'envisager comportent-ils des applications pratiques ?

Sans aucun doute. D'abord, mis en éveil par les lacunes que nous avons trouvées dans la barrière scléro-cornéenne, nous craignons les propagations du mélanosarcome, quel qu'en soit le siège, et nous n'attendrons pas, pour intervenir, la fin de la période glaucomateuse.

Ensuite, en présence d'un mélanosarcome de la région maculaire, diagnostiqué à temps, il faudra hâter à tout prix l'énucléation, seul moyen d'éviter une propagation orbitaire, ordinairement précoce et rapide.

Enfin, pour toute énucléation pour mélanosarcome intra-oculaire, on devra se méfier de l'envahissement

fréquent du nerf optique ou de ses gaines et le sectionner aussi près que possible du fond de l'orbite.

Il sera prudent d'examiner avec le plus grand soin la cavité orbitaire pour enlever tous les débris de tumeur qui y restent attachés, et au besoin, de faire une exentération complète.

Nous possédons heureusement, à l'heure actuelle, un complément précieux du traitement chirurgical, dans la radiothérapie qui sera appliquée systématiquement dans tous les cas douteux.

CONCLUSIONS

1° Avec les classiques, nous admettons que le mélano-sarcome de la choroïde évolue en quatre périodes :

— Première période avec signes cliniques obscurs : œil de chat amaurautique, décollement rétinien, etc..

— Deuxième période d'hypertension : la tumeur intra-oculaire se manifeste par un glaucome symptomatique avec réaction douloureuse.

— Troisième période : perforation du globe oculaire par la tumeur, qui peut faire issue soit en avant, soit à l'équateur, soit au pôle postérieur.

— Quatrième période de généralisation.

2° C'est surtout quand la tumeur a débuté en arrière de l'équateur, que la perforation siège au pôle postérieur. Mais toute tumeur mélanique issue d'un point

quelconque du tractus uvéal, peut envahir l'orbite en passant par le pôle postérieur de l'œil.

3° La tumeur mélanique se propage d'ordinaire au pôle postérieur, par infiltration au niveau des points faibles de la sclérotique, c'est-à-dire :

Les orifices vasculo-nerveux ;

Les gaines du nerf optique ;

La lame criblée.

4° Il semble que la tumeur puisse s'extérioriser par un processus s'étendant de proche en proche, peut-être aux cellules choroïdiennes qui participent à la formation de la lame criblée, ou peut-être par des bourgeons néoplasiques envahissant le système vasculaire sanguin péri-papillaire anastomatique entre les vaisseaux scléraux-choroïdiens et vaginaux.

5° L'envahissement du nerf optique demande au moment de l'intervention, une section le plus loin possible de son insertion bulbaire.

D'autre part, après l'énucléation, il y a lieu d'enlever méthodiquement le néoplasme orbitaire et de faire des séances de radiothérapie.

Le Président de la Thèse,

ROLLET.

Vu ?

Le Doyen,

JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 24 Juin 1921.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE.

- AXENFELD. — Traité d'ophtalmologie.
- BASEVI. — Ann. d'ocul. 1889. 2^o sem., p. 136.
- BEAUDOIN. — Th. Paris 1897.
- BRIÈRE. — Etude clinique et anatomique sur le sarcome de la choroïde et sur la mélanose intra-oculaire.
- CHAPELLE. — Tumeurs oculaires. Th. Paris 1906.
- COSTE. — Th. Montpellier 1866.
- CREPET. — Du mélando-sarcome intra-oculaire. Th. Nancy 1890.
- DEMARQUAI et CLAUDELLI. — Ann. d'oculist. T. IX, p. 126.
- FLOUS. — Du mélando-sarcome de la choroïde. Th. Bordeaux 1918.
- FUCHS. — Du sarcome du tractus uvéal. (Anal. par Parent. Rec. opht. Paris 1883, p. 528.
- GAUTRET. — De la mélanose. Paris 1863.
- KASSAPIAN. — Sur les propagations aux voies lacrymales du du mélanome choroïdien. Th. Lyon 1907.
- KNAPP. — Sarcome de la choroïde. Société d'Ophtalmologie d'Heidelberg 1865.

- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil.
- LEROY. — Ann. Soc. Méd. d'Anvers. Juillet 1882, p. 356.
- MELLER. — Sarcome choroïdien et infection. R. G. d'Opht. 1911, p. 78.
- PANAS. — Communic. à l'Académie de Méd. 9 Juin 1896.
- PARIZOTTI. — Histologie pathologique de l'œil. Paris 1904.
- POIRIER. — Traité d'anatomie humaine.
- POLLAK. — A specimen of melano-sarcom. St-Louis Med. Surg. G. 1884.
- ROLLET. — Traité d'ophtalmologie. Paris 1898.
— Coexistence de 2 cancers primitifs. Epithelioma pavimenteux de la paupière droite et sarcome mélanique de l'œil gauche. Société Chir. Lyon. Février 1900.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine 1911.
- TRUC, VALUDE, FRENKEL. — Ophtalmologie 1908.
- VAN DUYSSE. — Ann. Soc. Méd. Gand 1888.
— Arch. Ophtalm. 1896, p. 657.
- VANHOUTTE. — De la mélanose du globe oculaire. Th. Paris 1899.
- WECKER et LANDOLT. — Traité d'ophtalmologie.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Aperçu anatomo-clinique sur le mélanosarcome choroïdien.....	11
CHAPITRE II. — Données anatomiques sur le pôle postérieur du globe oculaire.....	15
CHAPITRE III. — Faits cliniques.....	21
CONCLUSIONS.....	49
BIBLIOGRAPHIE.....	51
